

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА ТЕЧЕНИЕ АДЕНОИДНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Бизунков А.Б., Бизункова Т.Л., Шаровар О.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Основной причиной, которая обуславливает ее развитие, в настоящее время считают абсолютный иммунодефицит в организме ребенка, проявляющийся выраженным угнетением как местного, так и общего иммунного ответа (Новиков Д.К. и соавт., 2003). Вместе с тем факторы, приводящие к подобному состоянию, остаются недостаточно изученными, что существенно затрудняет проведение системных профилактических и лечебных мероприятий.

С целью изучения факторов оказывающих влияние на формирование и течение аденоидной болезни нами проанализированы анкеты 154-х детей обоего пола в возрасте от 1,5 до 12-ти лет, проживающих в различных регионах Белоруссии, которым была рекомендована аденотонзиллотомия. По общепринятой классификации (Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И., 1977) первая степень увеличения глоточной миндалины была выявлена у 50 (32,5%) обследуемых, небных миндалин – у 62 (40,3%) пациентов. Вторая степень увеличения глоточной миндалины отмечена у 59 (38,3%) детей, небных – у 58 (37,7%). Третья степень увеличения глоточной миндалины была выявлена у 45 (29,2%) обследуемых, небных миндалин – у 34 (22%) пациентов. Нами выделено два варианта течения аденоидной болезни: неосложненный и осложненный. К неосложненному течению болезни относили наблюдения, когда гипертрофия лимфоэпителиального глоточного кольца сопровождалась затруднением носового дыхания преимущественно в горизонтальном положении тела, дыхание через рот в состоянии сна, храп во сне. Как осложненное рассматривалось такое течение болезни, когда затруднение носового дыхания носило стойкий характер независимо от положения тела больного. У данной категории пациентов отмечались частые острые респираторные вирусные инфекции (более 5-6 раз в год), имел место острый рецидивирующий сред-

ний отит, острый синусит, отмечалось снижение слуха, нарушение прикуса. Исходя из указанных критериев, осложненный характер течения заболевания был определен у 106 (68,8%) обследованных пациентов.

По возрастным группам обследуемые пациенты распределились следующим образом. Возрастную группу до 2-х лет составили 18 детей (11,7%), 2-4 года – 54 (35%) , 4-6 лет – 23 (14,9%) , 6-8 – 38 (24,7%) , и более 8-ми лет - 21 обследуемый, что составило 13,5% от общей численности анкетированных пациентов. При этом осложненный вариант течения аденоидной болезни у детей в возрасте до 2-х лет отмечен у 55,5% обследуемых данной возрастной группы, среди детей в возрасте 2-4 года - у 90,7% пациентов, в группе 4-6 лет – 43,5%, 6-8 лет – 78,9% и старше 8-ми лет 33,3%. Как следует из приведенных данных, большинство детей, которым назначалась аденотомия, оказались в двух возрастных группах: первая 2-4 года и вторая – 6-8 лет, что составило 35% и 24,7% от общего числа обследуемых соответственно. Вместе с тем, именно в этих возрастных группах встречалась наиболее высокая частота осложненного варианта аденоидной болезни: в возрастной группе 2-4 года она составила 90,7%, а в группе 6-8 лет – 78,9%.

Проведен анализ зависимости течения аденоидной болезни от возраста, в котором было начато посещение организованного детского коллектива. Из обследованных 154-х детей начали посещать детское дошкольное учреждение в возрасте до 2-х лет 29 человек, в возрасте 2-2,5 года – 42 и в возрасте 2,5-3 года – 83 обследуемых. При первом посещении детского коллектива в возрасте до 2-х лет осложненное течение заболевания отмечалось у 96,5% обследуемых данной группы. В случае, когда начало посещения детского дошкольного учреждения пришлось на возраст 2-2,5 года, частота наблюдений осложненного течения болезни уменьшилась до 88% от численности группы. Посещение детского дошкольного учреждения в возрасте 2,5-3 года сопровождалось частотой встречаемости осложненного варианта аденоидной болезни в 49% наблюдений. Приведенные результаты указывают на зависимость тяжести течения заболевания от возраста, в котором начато посещение организованного детского коллектива. Чем ранее дети начинают посещать дошкольное учреждение, тем более вероятен осложненный вариант течения аденоидной болезни.

Исследован характер влияния длительности домашнего режима в связи с эпизодом острой респираторной вирусной инфекции на течение аденоидной болезни. Исходя из анкетных данных, длительность домашнего режима до 7-ми дней отметили 73 человека или 47,4% от

общего количества респондентов, от 7 до 14 дней – 50 человек или 32,5%, более 14 дней – 31 человек или 18,1% от общего числа пациентов. Среди детей с наименьшей длительностью домашнего режима по поводу простудного заболевания осложненное течение аденоидной болезни отмечено у 66 пациентов, что составило 90,4% от количества данной группы. При длительности пребывания вне организованного коллектива в случае простудного заболевания от 7 до 14 дней осложненное течение аденоидной болезни наблюдалось у 32 детей, что составило 64% от численности данной группы. При продолжительности нахождения ребенка в домашней обстановке более 14 дней риск осложненного течения аденоидной болезни снизился до 25,8% и наблюдалось у 8-ми из 31-го пациента данной группы. Полученные результаты позволяют предположить, что существует обратная корреляционная зависимость между длительностью нахождения ребенка вне организованного детского коллектива по поводу простудного заболевания и частотой развития осложненного течения аденоидной болезни.

В качестве следующего возможного фактора, оказывающего влияние на характер течения исследуемого заболевания предполагалось использование антибактериальной терапии в лечении простудных заболеваний. На вопрос анкеты «Получает ли ваш ребенок какие-либо виды антибактериальных препаратов при развитии у него острого респираторного заболевания?» было предложено три варианта ответа: первый – почти не получает, второй – получает редко, третий – получает всегда. Первый вариант ответа выбрали 34 респондента, что составило 22,1% от общего числа обследуемых. Второй вариант указал 41 анкетиремый или 26,6% от их общего количества. Третий вариант отметили 79 пациентов, что составило 51,3% от общего числа обследуемых. При последующем анализе вариантов течения аденоидной болезни в каждой из полученных групп были обнаружены следующие показатели. Из числа респондентов, отнесенных в первую группу, у которых антибактериальные препараты в лечении простудных заболеваний «почти не применялись», осложненное течение аденоидной болезни было выявлено у 8,8% обследуемых. Среди пациентов, выбравших ответ номер два, осложненное течение исследуемого заболевания встречалось в 65,9% наблюдений. А у детей, регулярно получавших антибактериальную терапию при простудных заболеваниях, осложненное течение аденоидной болезни наблюдалось в 96,2% от численности группы.

Таким образом, в соответствии с полученными результатами можно заключить, что наиболее часто нуждаются в аденотонзиллито-

мии дети в период адаптации к детскому дошкольному учреждению. Более ранний возраст, в котором ребенок впервые посещает организованный детский коллектив, а так же применение антибиотиков при простудных заболеваниях являются факторами, отягощающими течение аденоидной болезни